

**ANALISIS KELENGKAPAN DAN PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS PASIEN  
KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD)  
KABUPATEN SUKOHARJO  
TAHUN 2015**



**Disusun sebagai salah satu syarat menyelesaikan Program Studi Strata I pada Jurusan  
Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Kesehatan**

**Oleh:**

**RIZKY MANDA BELADINA**

**J410 141 050**

**PROGRAM STUDI KESEHATAN MASYARAKAT  
FAKULTAS ILMU KESEHATAN  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA  
2016**

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**ANALISIS KELENGKAPAN DAN PENDOKUMENTASIAN REKAM  
MEDIS PASIEN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH (RSUD) KABUPATEN SUKOHARJO  
TAHUN 2015**

**PUBLIKASI ILMIAH**

**oleh:**

**RIZKY MANDA BELADINA**

**J410 141 050**

**Telah diperiksa dan disetujui untuk diuji oleh:**

**Dosen Pembimbing**



**Sri Sugiarsi, S.KM, M.Kes**

**NIK. 0610819750420042**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**ANALISIS KELENGKAPAN DAN PENDOKUMENTASIAN REKAM  
MEDIS PASIEN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT  
UMUM DAERAH (RSUD) KABUPATEN SUKOHARJO  
TAHUN 2015**

**OLEH**

**RIZKY MANDA BELADINA**

**J410 141 050**

**Telah dipresentasikan di depan Dewan Penguji  
Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Surakarta  
Pada 4 Agustus 2016  
Dan dinyatakan telah memenuhi syarat**

**Dewan Penguji:**

1. Sri Sugiarsi S.KM, M.Kes  
(Ketua Dewan Penguji)
2. Yuli Kusumawati, S.KM, M.Kes(Epid)  
(Anggota I Dewan Penguji)
3. Kusuma Estu W, SKM., M.Kes  
(Anggota II Dewan Penguji)

(.....)  
(.....)  
(.....)

**Dekan,**



**(Dr. Suwaji, M.Kes)**

**NIP: 195311231983031002**

### PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Apabila kelak terbukti ada ketidakbenaran dalam pernyataan saya diatas, maka saya akan pertanggungjawabkan sepenuhnya.

Surakarta, Agustus 2016  
Penulis



RIZKY MANDA BELADINA  
J410 141 050

# **ANALISIS KELENGKAPAN DAN PENDOKUMENTASIAN REKAM MEDIS PASIEN KETUBAN PECAH DINI (KPD) DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH (RSUD) KABUPATEN SUKOHARJO**

**TAHUN 2015**

## **Abstrak**

Rekam medis pasien merupakan formulir yang harus diisi lengkap dari item identifikasi, autentifikasi, laporan penting dan pendokumentasian. Berdasarkan hasil survey pendahuluan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sukoharjo terdapat ketidaklengkapan dalam pengisiannya. Tujuan penelitian ini adalah menganalisis kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini di RSUD Kabupaten Sukoharjo tahun 2015. Jenis penelitian kombinasi kuantitatif kualitatif (*mixed methodology*). Populasi dari penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien ketuban pecah dini (KPD) pada bulan Januari-Maret tahun 2015. Sampel dalam penelitian sebanyak 36 dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini. Hasil penelitian menunjukkan dari 4 review kelengkapan Dokumen Rekam Medis (DRM) pasien ketuban pecah dini, ketidaklengkapan tertinggi yaitu pada review kelengkapan laporan penting sebanyak 32 dokumen (88,89%) dilembar formulir resume dikarenakan dokter dan bidan tidak mencatat kembali informasi pasien sebelum pulang untuk kepentingan data pemeriksaan selanjutnya.

Kata kunci : Dokumen Rekam Medis, Kelengkapan, Ketuban Pecah Dini

## **Abstract**

*Medical record is a patient resume that must be completed from identification, authentication, important reports and documentation. based on preliminary survey results in a Regional General Hospital (RSUD) Sukoharjo there was incompleteness in filling. The goal of this research was to analyze the completeness of medical record documents premature membranes rupture patients in RSUD Sukoharjo at 2015. This research was combination of quantitative and qualitative method (mixed methodology). The population of this research was medical record file of premature membranes rupture patients (PROM) in January-March 2015 and the sample were 36 patients medical records document. The results showed from 4 reviews completeness Document Medical Record (DRM) patients with premature rupture of membranes, incompleteness highest on the review of the completeness important report as many as 32 documents (88.89%) in the form sheet resume because doctor and midwives did not record patient information back before going home for the sake of further examination.*

Keywords: the Medical Record, the Completeness, and Premature Rupture Of Membranes

## **1. PENDAHULUAN**

Rekam medis merupakan berkas yang berisikan informasi tentang identitas pasien, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat (Depkes, 2006).

Keterangan dan catatan tentang pasien harus lengkap diantaranya yaitu identitas pribadi, identitas sosial dan semua keterangan yang menjelaskan tentang pasien tersebut. Rekam medis juga digunakan sebagai acuan pasien selanjutnya, terutama pada saat pasien itu berobat kembali, rekam medis pasien harus siap apabila pasien berobat kembali.

Dokumen rekam medis pada pasien persalinan pasien dengan Ketuban Pecah Dini (KPD) harus lengkap karena akan memudahkan dokter dan bidan dalam memberikan tindakan atau terapi kepada pasien KPD. Selain itu, dokumen rekam medis juga sebagai sumber data pada bagian rekam medis dalam pengolahan data yang kemudian akan menjadi informasi yang berguna bagi pihak manajemen dalam menentukan langkah-langkah strategis untuk pengembangan pelayanan kesehatan (Hatta, 2010). Ketidaklengkapan pada dokumen rekam medis KPD dapat menyebabkan terjadi informasi yang tidak akurat pada tindakan yang diberikan kepada pasien. Informasi data sosial meliputi identifikasi pasien dan data medis meliputi hasil pemeriksaan dan anamnesa harus lengkap. Setiap tindakan yang akan diberikan pada pasien KPD salah satunya yaitu melalui assesmen dokter dan bidan yang sudah ditanda tangani, sebagai tindakan pertanggungjawaban medis baik dari pemeriksaan sampai pada saat persalinan sampai pasien itu pulang dari rumah sakit

Kasus Ketuban Pecah Dini (KPD) dapat terjadi pada akhir kehamilan maupun jauh sebelum waktunya melahirkan dalam keadaan normal sekitar 8-10% perempuan hamil aterm akan mengalami ketuban pecah dini (Prawirohardjo, 2008). Pada sebagian besar kasus penyebabnya belum di temukan namun faktor yang disebutkan memiliki kaitan dengan KPD yaitu riwayat kelahiran prematur, merokok, dan perdarahan selama kehamilan. Maka perlu identifikasi dan pengisian laporan penting secara lengkap untuk menegakan diagnosa dan mengetahui masalah potensial yang akan terjadi (Wildan dan Hidayat, 2008).

Permenkes RI No.269/Menkes/Per/III/2008 juga menjelaskan bahwa apabila ada kekeliruan dalam pengisian lembar rekam medis maka akan merugikan pasien dan akan mempersulit petugas dalam pengisian lembar rekam medis lainnya. Oleh sebab itu, dalam pengisian lembar rekam medis petugas harus lebih hati-hati, cermat dan teliti sehingga dapat mengurangi terjadinya kesalahan atau penduplikasian dokumen rekam medis.

Berdasarkan Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS) Tahun 2012 pada standar MKI 19.1 rekam medis memuat informasi identifikasi pasien dan pada standar MKI 19.3 dijelaskan juga bahwa autentifikasi pada dokumen rekam medis wajib ditulis nama dokter atau petugas kesehatan lainnya, ditulis jam/tanggal pengisian. Serta adanya kebijakan proses pembetulan / koreksi atau penulisan ulang dalam catatan.

Menurut Hatta (2013), analisis kuantitatif dilakukan untuk menilai kelengkapan dan keakuratan rekam kesehatan rawat inap dan rawat jalan yang dimiliki sarana pelayanan kesehatan dan dapat dilakukan saat pasien masih berada di sarana pelayanan kesehatan rumah sakit (*Concurrent review*) ataupun sesudah pasien pulang (*retrospective review*). Analisis terdiri dari 4 aspek yaitu kelengkapan aspek identifikasi, pelaporan penting, pendokumentasian yang benar, dan aspek autentifikasi (Sudra, 2013). Semakin lengkap tenaga kesehatan memberikan data tindak lanjut dalam pelayanan kesehatan berarti semakin banyak pemanfaatan kelengkapan informasi oleh tenaga kesehatan. Berarti pula, kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan semakin dapat dibuktikan sesuai dengan standar pelayanan kesehatan terkait.

Hasil penelitian Febriyanti dan Sugiarti (2013), menyebutkan bahwa ketidaklengkapan item jenis kelamin pada kasus bedah sangat berpengaruh terhadap diagnosis. Sedangkan dari penelitian Pepo dan Yulia (2105), menyebutkan bahwa ketidaklengkapan penulisan diagnosis kasus kebidanan pada lembar resume medis dapat berpengaruh terhadap pengkodean klinis karena diagnosa yang tertera pada resume medis merupakan dasar *bagicoder* dalam melakukan kegiatan pengkodean klinis.

Pembeda dari penelitian sebelumnya dengan penelitian ini adalah terletak pada kasus yang diteliti yaitu kasus pada pasien ketuban pecah dini (KPD), jenis penelitian dan metode pada analisis dokumen rekam medis ketuban pecah dini menggunakan metode observasional dan wawancara dengan bidan yang bertanggungjawab mengisi dokumen rekam medis di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kabupaten Sukoharjo.

Berdasarkan hasil survei pendahuluan, ketuban pecah dini (KPD) termasuk dalam 17 kasus obstetrik yang ada di RSUD Kabupaten Sukoharjo. Hasil observasi dari 10 dokumen rekam medis pasien KPD, pada review identifikasi tidak terdapat item umur pasien di lembar formulir asuhan kebidanan, item umur sangat penting karena dapat membantu petugas dalam penyajian pelaporan rumah sakit dan ketidaklengkapan pada review autentifikasi sebesar 5 dokumen (50%) karena tidak adanya tanda tangan dari dokter ataupun petugas kesehatan, review autentifikasi ini sangatlah penting berguna sebagai pertanggungjawaban terhadap tindakan medis yang dilakukan oleh dokter/petugas medis lainnya. Ketidaklengkapan ini dapat berakibat pada pelayanan dan tingkat IMR (*Incomplete Medical Record*) menjadi lebih tinggi.

## 2. METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kombinasi kuantitatif kualitatif (*mixed methodology*). Penelitian kuantitatif digunakan untuk menggambarkan dan mendeskripsikan kelengkapan pengisian dokumen rekam medis pasien Ketuban Pecah Dini (KPD).

Penelitian kualitatif untuk menggali informasi terkait pendokumentasian dokumen rekam medis pasien Ketuban Pecah Dini (KPD). Tempat penelitian ini di RSUD Kabupatrn Sukoharjo pada bulan April-Mei 2016. Populasi dari penelitian ini adalah berkas rekam medis pasien ketuban pecah dini (KPD) pada bulan Januari-Maret tahun 2015 dan sampel berjumlah 36 dokumen menggunakan taraf kesalahan 10%.

## 3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui kelengkapan dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini melalui 4 review kuantitatif yaitu identifikasi, autentifikasi, laporan penting dan pendokumentasian. Berdasarkan penelitian yang dilaksanakan bulan April-Mei 2016.

### 3.1 Karakteristik Responden

Karakteristik informan dalam penelitian ini melibatkan 3 orang infroman yang berstatus sebagai kepala ruangan VK/bersalin, kepala ruangan bangsal, dan bidan pelaksana di VK ataupun bangsal kebidanan.

Tabel 1. Karakteristik informan dalam penelitian

No	Nama	Umur	Jabatan	Masa Kerja	Pendidikan	Inisial
1	Informan I	52	Karu VK	31	D3	i1
2	Informan II	40	Karu Bangsal	26	D3	i2
3	Informan III	35	Bidan	27	D3	i3

Tabel 1. Berdasarkan Tabel 1 diketahui bahwa jumlah informan triangulasi dalam penelitian berjumlah 3 orang terdiri dari 2 kepala ruangan dan 1 bidan pelaksana yang ada di RSUD Kabupaten Sukoharjo.



### 3.2 Analisis Kelengkapan Dokumen Rekam Medis (DRM)

#### 3.2.1 Identifikasi

Kelengkapan identifikasi dinilai dari tiga item yaitu kelengkapan nomor rekam medis, nama pasien dan umur pasien.

Tabel 2. Hasil Kelengkapan identifikasi DRM pasien KPD

No	Jenis Formulir	Persentase			
		Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Ringkasan Masuk Dan Keluar	36	100	0	0
2	Anamnesa	32	88,89	4	11,11
3	Perjalanan Penyakit	33	91,67	3	8,33
4	Penempelan Hasil penunjang	36	100	0	0
5	Resume	36	100	0	0
6	Pengkajian Asuhan Kebidanan Dan Kandungan	35	97,22	1	2,78
7	Laporan Persalinan	32	88,89	4	11,11
8	Catatan Perkembangan	28	77,78	8	22,22

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 2 diketahui kelengkapan terbanyak pada lembar formulir ringkasan masuk dan keluar, penempelan hasil penunjang, dan juga resume sebanyak 36 dokumen (100%) terisi lengkap (nomor rekam medis, nama, umur). Ketidaklengkapan terbanyak terdapat pada lembar formulir catatan perkembangan sebesar 8 dokumen (22,22%) yaitu pada item umur.

#### 3.2.2 Autentifikasi

Hasil analisis kuantitatif kelengkapan autentifikasi dokumen rekam medis pasien ketuban pecah dini review kelengkapan berdasarkan nama dokter atau bidan dan tanda tangan pada 36 dokumen di RSUD Kabupaten Sukoharjo.

Tabel 3. Hasil Kelengkapan Autentifikasi DRM

No	Jenis Formulir	Persentase			
		Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Ringkasan Masuk Dan Keluar	36	100	0	0
2	Anamnesa	33	91,67	3	8,33
3	Perjalanan Penyakit	30	83,33	6	16,67
5	Resume	36	100	0	0
6	Laporan Persalinan	20	55,56	16	44,44
7	Catatan Perkembangan	10	27,78	26	72,22

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 3. Kelengkapan terbanyak 36 dokumen (100%) terisi lengkap pada formulir ringkasan masuk dan keluar, serta lembar formulir resume. Sedangkan untuk ketidaklengkapan terbanyak terdapat di catatan perkembangan sebanyak 26 dokumen (72,22%) tidak diisi lengkap yaitu item nama penolong.

### 1.2.3 Laporan Penting

Hasil analisis kuantitatif kelengkapan laporan penting pada dokumern rekam medis pasien ketuban pecah dini berjumlah 36 dokumen yaitu presentase terisi/tidak terisinya informasi diagnosis, hasil anamnesa/pemeriksaan, jenis tindakan, pemeriksaan penunjang dan laporan operasi (bila ada).

Tabel 4. Hasil Kelengkapan Laporan Penting DRM

No	Jenis Formulir	Persentase			
		Lengkap		Tidak Lengkap	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Ringkasan Masuk Dan Keluar	36	100	0	0
2	Anamnesa	35	97,22	1	2,78
3	Perjalanan Penyakit	34	94,44	2	5,56
4	Resume	4	11,11	32	88,89
5	Pengkajian Asuhan Kebidanan Dan Kandungan	10	27,78	26	72,22
6	Laporan Persalinan	32	88,89	4	11,11
7	Catatan Perkembangan	33	91,67	3	8,33

Berdasarkan Tabel 4 diketahui bahwa kelengkapan terbanyak pada ringkasan masuk dan keluar sebesar 36 dokumen (100%), sedangkan ketidaklengkapan terbanyak sebesar 32 dokumen (88,89%) terdapat dilembar formulir resume.

### 3.2.4 Pendokumentasian

Hasil analisis kuantitatif pada review pendokumentasian dokumen rekam medis ketuban pecah dini pada 36 dokumen di RSUD Kabupaten Sukoharjo persentase benar/tidak benar cara pencatatan dalam dokumen rekam medis yang meliputi penulisan jelas terbaca, pembetulan kesalahan dan pemberian garis tetap pada area kosong.

Tabel 5. Hasil Kelengkapan Pendokumentasian DRM

No	Jenis Formulir	Persentase			
		Benar		Tidak Benar	
		Jumlah	%	Jumlah	%
1	Ringkasan Masuk Dan Keluar	36	100	0	0
2	Anamnesa	36	100	0	0
3	Perjalanan Penyakit	23	63,89	13	36,11
5	Resume	36	100	0	0
6	Pengkajian Asuhan Kebidanan Dan Kandungan	34	94,44	2	5,56
7	Laporan Persalinan	29	80,56	7	19,44
8	Catatan Perkembangan	36	100	0	0

Berdasarkan Tabel 5 diketahui bahwa pendokumentasian benar terbanyak pada ringkasan masuk dan keluar, anamnesa dan catatan perkembangan sebesar 36 dokumen (100%), sedangkan pendokumentasian tidak benar terbanyak pada lembar perjalanan penyakit sebesar 13 dokumen (36,11%).

## 1.3 PEMBAHASAN

### 3.3.1 Analisis Kelengkapan Identifikasi Dokumen Rekam Medis Pasien KPD

Kelengkapan identifikasi pada suatu dokumen rekam medis menjadi hal yang sangat penting karena identifikasi dapat dijadikan pengenalan untuk setiap pasien agar tidak terjadi kekeliruan.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui kelengkapan terbanyak pada lembar formulir ringkasan masuk dan keluar, penempelan hasil penunjang, dan juga resume yaitu sebanyak 36

dokumen (100%) terisi lengkap (nomor rekam medis, nama, umur). Ketidaklengkapan terbanyak terdapat pada lembar formulir catatan perkembangan sebesar 8 dokumen (22,22%) yaitu pada item umur. Menurut informan, disebabkan oleh kurang telitnya bidan dalam mengisi setiap formulir-formulir yang ada di dokumen rekam medis dan tidak ada pengecekan kembali oleh petugas dalam mengisi item identifikasi di dokumen rekam medis KPD. Hal ini biasanya karena faktor kelelahan bidan dan banyaknya pekerjaan bidan yang harus diselesaikan selama proses persalinan sampai dengan selesai.

Ketelitian dari bidan ini dapat menjadi salah satu faktor penting dari kelengkapan identifikasi karena dengan identifikasi yang lengkap dapat mengurangi kekeliruan yang akan terjadi, baik dari kekeliruan pengenalan pasien dari nama dan nomor rekam medis maupun dari item umur ibu yang dapat dijadikan faktor resiko dalam persalinan. Bidan diwajibkan mengecek kembali terhadap setiap lembar pada dokumen rekam medis (DRM) agar diisi item yang belum terisi yang memuat nama pasien, nomor rekam medis, jenis kelamin dan umur (Sudra, 2013).

Dampak ketidakterisian item umur pada DRM pasien ketuban pecah dini adalah mempengaruhi proses penyajian pelaporan rumah sakit. Jika umur tidak diisi lengkap maka penyajian laporan tidak akurat. Pengaruh umur juga terhadap faktor resiko yang akan terjadi karena semakin muda pasien dengan ketuban pecah dini semakin banyak kemungkinan terjadi perdarahan. Hal tersebut sesuai dengan penelitian dari Susilowati dan Astuti (2009) ibu bersalin pada kasus ketuban pecah dini yang berumur 20-35 merupakan golongan resiko tinggi untuk melahirkan. Kelahiran primigravida berusia 35 tahun atau sekitar 3% dari semua kelahiran merupakan resiko lebih tinggi terhadap komplikasi medik dan obstetrik.

Selain itu, salah satu faktor penyebab bayi lahir dengan asfiksia adalah umur ibu. Menurut Pediatri (2013), umur ibu 18-35 tahun dengan jumlah sampel 38 diperoleh 36 sampel ibu melahirkan bayi dengan asfiksia. Hal tersebut menunjukkan kelengkapan item umur sangat berpengaruh terhadap pemeriksaan selanjutnya.

### **3.3.2 Analisis Kelengkapan Autentifikasi Dokumen Rekam Medis Pasien KPD**

Autentifikasi pada dokumen rekam medis (DRM) pasien ketuban pecah dini yaitu petugas yang bertanggungjawab mengisi dokumen rekam medis pasien tersebut diantaranya nama dokter dan nama bidan serta tanda tangan dari penolong persalinan.

Menurut informan, autentifikasi pada dokumen rekam medis pasien KPD dapat dijadikan acuan tindakan selanjutnya yang diberikan kepada pasien. Sebagai contoh, apabila dokter sudah memberikan tanda tangan pada lembar formulir catatan perkembangan dokter

akanmenuliskan assesmen, plan dan implementasi bagi pasien KPD maka bidan akan segera melakukan tindakan untuk pasien KPD. Dengan tujuan mengurangi resiko pada saat persalinan ataupun setelah persalinan sesuai dengan assesmen yang sudah ditanda tangani oleh dokter.

Berdasarkan hasil penelitian kelengkapan terbanyak pada 36 dokumen (100%) yang terisi lengkap yaitu formulir ringkasan masuk dan keluar, serta lembar formulir resume. Sedangkan untuk ketidaklengkapan terbanyak terdapat pada catatan perkembangan sebanyak 26 dokumen (72,22%) yang tidak diisi lengkap yaitu item nama penolong. Hal tersebut belum sesuai dengan Standar Operasional Prosedur (SOP) No: 445/ /2008 dengan No dokumen: 15/SPO.RM/VIII/2008 dimana pada lembar catatan perkembangan atau catatan asuhan kebidanan harus ada paraf dan nama penolong yang bertanggungjawab terhadap pasien.

Menurut informan, ketidakterisian item nama penolong disebabkan oleh kelelahan dokter dan biasanya dokter mendelegasikan tanda tangan tersebut pada bidan yang bertugas. Seperti pada fromulir laporan persalinan seharusnya ada juga tanda tangan dokter.Karena persalinan KPD sendiri merupakan persalinan dengan resiko tinggi sehingga harus ada penanggungjawab dari dokter dan bidan.

Apabila suatu saat terjadi masalah, bukti autentifikasi tersebut dapat menjadi alat pertanggungjawaban berlandaskan hukum. Tanda tangan dokter untuk memperkuat tanggungjawab seorang dokter dalam pemberian tindakan medis, nama dokter untuk mempertanggungjawabkan pelaksanaan pelayanan medis terhadap pasien, sehingga hal tersebut dapat menunjang pelayanan medis (Hatta, 2010).

### **3.3.3 Analisis Kelengkapan Laporan Penting Dokumen Rekam Medis Pasien KPD**

Kelengkapan laporan penting merupakan informasi yang harus ada sesuai tindakan atau pengobatan yang diterima untuk memantau perkembangan pasien. Informasi yang harus ada pada dokumen rekam medis pasien KPD diantaranya terdapat pada lembar ringkasan masuk dan keluar, anamnesa, perjalanan penyakit, resume, pengkajian asuhan kebidanan dan kandungan laporan persalinan dan catatan perkembangan yaitu memuat informasi diagnosis, hasil anamnesa/pemeriksaan, jenis tindakan, laporan persalinan, tanggal dan jam.

Kelengkapan laporan penting DRM pasien ketuban pecah dari hasil penelitian yaitu pada lembar ringkasan masuk dan keluar sebanyak 36 dokumen (100%) dan lembar anamnesa 35 dokumen (97,22%). Hal ini sesuai dengan SOP yang ada No : 445/2008 dan juga pedoman penyelenggaraan rekam medis di RSUD Kabupaten Sukoharjo.

Ketidaklengkapan terbanyak berdasarkan hasil penelitian terdapat pada lembar resume sebanyak 32 dokumen (88,89%), meliputi informasi pada riwayat pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, perkembangan selama perawatan, keadaan pasien, pengobatan, kesimpulan pada saat keluar RS, prognase, dan saran. Sebagai salah satu contoh yaitu pada item riwayat pemeriksaan fisik, apabila tidak diisi dapat berpengaruh terhadap pemeriksaan riwayat penyakit sebelumnya yang dialami oleh pasien ketuban pecah dini. Pada item-item informasi tersebut tidak diisi oleh dokter dan bidan yang bertanggungjawab. Menurut informan hal-hal tersebut sudah terdapat di formulir sebelumnya sehingga dokter beranggapan tidak perlu lagi di tulis pada lembar resume.

Menurut informan, pengaruh ketidaklengkapan informasi dalam resume pada saat pasien keluar rumah sakit yaitu kurangnya informasi dari kondisi pasien dan masalahnya serta resiko masalah potensial yang akan terjadi pada pasien KPD. Resume pasien dijadikan salah satu lembar yang penting sebagai catatan perkembangan pasien selanjutnya apabila terjadi sesuatu pada pasien tersebut baik saat pasien tersebut datang kembali (*check up*), dokter akan melihat resume terakhir / hasil pemeriksaan terakhir pasien sebagai acuan tindakan pengobatan selanjutnya.

Pada saat pasien tersebut berpindah pengobatan di rumah sakit lain, dapat menjadi salah satu informasi yang berguna bagi pasien untuk menerima pengobatan selanjutnya sesuai dengan riwayat penyakit dan keadaan terakhir pasien. Oleh sebab itu dokter dan bidan harus mengisi informasi yang ada pada resume secara lengkap. Informasi pada berkas rekam medis diharapkan memuat informasi yang akurat, lengkap dapat dipercaya (Pamungkas, Marwati dan Solikha, 2010).

#### **3.3.4 Analisis Pendokumentasian Dokumen Rekam Medis Pasien KPD**

Pendokumentasian pada dokumen rekam medis pasien KPD dinilai dari 3 aspek yaitu penulisan terbaca jelas, pembetulan kesalahan dan pemberian garis tetap.

Berdasarkan hasil penelitan pendokumentasian dengan benar terbanyak yaitu pada formulir ringkasan masuk dan keluar, anamnesa, resume, dan catatan perkembangan sebanyak 36 dokumen (100%). Hal ini sesuai dengan Standar Akreditasi Rumah Sakit (KARS) MKI.19.2 dan MKI.1.9.3 menyebutkan bahwa kebijakan juga meliputi proses bagaimana pengisian dan koreksi / pembetulan kesalahan dalam rekam medis.

Ketidaklengkapan terbanyak pada lembar formulir perjalanan penyakit sebanyak 13 dokumen (36,11%) tidak diisi dengan benar yaitu tidak adanya tanda coretan garis tegak atau horizontal. Ketidakbenaran dalam pendokumentasian ini disebabkan karena hanya mengisi

secepatnya saja tanpa meninjau isian yang akan ditulis. Sisa area kosong yang tidak diisi ini dapat menyebabkan penambahan isi atau tulisan yang tidak semestinya dapat dilakukan oleh pihak yang tidak bertanggungjawab (Sudra,2013).

Persentase ketidakbenaran ini juga merupakan gambaran kualitas rumah sakit sehingga perlu tindak lanjut manajemen rekam medis agar mampu kronologis kejadian terbaca dan jelas. Hal ini juga belum sesuai dengan Permenkes No 269 MENKES/PER/III/2008 tentang rekam medis sebagai tanggungjawab yang mengisi yaitu dokter.

#### **4. PENUTUP**

Dari 4 review kelengkapan Dokumen Rekam Medis (DRM) pasien ketuban pecah dini, ketidaklengkapan tertinggi yaitu pada review kelengkapan laporan penting sebanyak 32 dokumen (88,89%) dilembar formulir resume dikarenakan dokter dan bidan tidak mencatat kembali informasi pasien sebelum pulang untuk kepentingan data pemeriksaan selanjutnya.

Disarankan bagi dokter dan bidan Bagi dokter dan bidan agar meneliti kembali kelengkapan dalam mengisi dokumen rekam medis dari item identifikasi, autentifikasi, laporan penting, dan pendokumentasian yang benar. Sebelum diserahkan kebagian rekam medis agar tidak menghambat proses selanjutnya.

#### **DAFTAR PUSTAKA**

- Depkes RI. 2006. *Pedoman Pengelolaan Dokumen Rekam Medis Rumah Sakit Di Indonesia*. Jakarta: Direktorat Jendral Pelayanan Rekam Medik.
- Febriyanti MI, dan Sugiarti. Analisis Kelengkapan Pengisian Data Formulir Anamnesis Dan Pemeriksaan Fisik Kasus Bedah. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol 3 No 2: (Hal 35), Maret 2015. ISSN: 2337–585X*
- Hassanudin, S, dan Kurniardi. 2012. Analisa Ketidaklengkapan Dokumen Rekam Medis Rawat Inap Ruang Annisa Triwulan I Tahun 2012 di RSUD PKU Muhammadiyah Gubu. Diakses: 24 Desember 2015. [http://eprints.dinus.ac.id/6592/1/jurnal\\_12929.pdf](http://eprints.dinus.ac.id/6592/1/jurnal_12929.pdf)
- Hatta, G. 2010. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Hatta, G. 2013. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- Hatta, G. 2014. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: UI-Press
- KARS. 2012. Standar Rekam Medis. Jakarta
- Kurniawati D, dan Sugiarti. 2014. Tinjauan Pengisian Resume Keluar Rawat Inap Ruang Teratai Triwulan IV di RSUD Kabupaten Ciamis Tahun 2012. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol 2 no 1: (Hal 30), Maret 2014. ISSN: 2337–585X*

- Mansjoer, A. 2010. *Kapita Selekta Kedokteran Kedaruratan Obstetri dan Ginekologi Edisi IV*. Jakarta: Media Aesculapius FKUI
- Manuaba, G. 2004. *Kepanitraan Klinik Obstetri dan Ginekologi*. Jakarta: EGC
- Pamungkas WT., Marwati T., Solikha. 2010. Analisis Ketidaklengkapan Pengisian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Masyarakat UAD Vol 4 No 1: (Hal 21), Januari 2010. ISSN: 1978-0575*
- Pedriati, S. 2013. Resiko Asfiksia Pada Ketuban Pecah Dini di RSUP Sanglah. *Jurnal Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Vol 14 No 5: (Hal 12), Februari 2013.*
- PerMenKes RI. Nomor 269/MenKes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis. Jakarta
- Pepo H, dan Yulia. 2015. Kelengkapan Penulisan Diagnosa Pada Resume Medis Terhadap Ketetapan Pengkodean Klinis Kasus Kebidanan. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol 3 No 2: (Hal 78), Oktober 2015. ISSN: 2337-6007*
- Prawirohardjo, S. 2008. *Ilmu Kebidanan Edisi IV*. Jakarta: PT Bina Pustaka
- Sudra, IR. 2013. *Materi Pokok Rekam Medis*. Tangerang Selatan: UI
- Sudra, IR. 2014. *Rekam Medis*. Tangerang Selatan: UI
- Sugiyono. 2010. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta
- Sugiyono. 2012. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta
- Susilowati, E, dan Astuti. 2009. Gambaran Karakteristik Ibu Bersalin Dengan Ketuban Pecah Dini Di Rumah Sakit Panti Wilasan Citarum Semarang Tahun 2009. Diakses: 6 Agustus 2016. <http://ejurnal.akbidpantiwilasan.ac.id>
- Wildan, M, dan Hidayat. 2008. Dokumentasi Kebidanan. Jakarta: Salembada Medika
- Wulandari R, dan Sugiarsi. 2014. Analisis Pengisian Formulir Resume Medis Diabetes Mellitus Pasien Rawat Inap. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia Vol 2 no 2: (Hal 79), Oktober 2014. ISSN: 2337-585X*